N. R. G. 234 / 2024

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

CORTE DI APPELLO DI PERUGIA

SEZIONE CIVILE

Nelle persone dei seguenti magistrati:

Dott. Simone Salcerini — Presidente

Dott. Paola de Lisio — Consigliere estensore

Dott. Ombretta Paini — Consigliere

Ha pronunciato la seguente

SENTENZA

Nella causa civile iscritta al **n. r. g. 234 / 2024** promossa da:

Parte_1 (P. Iva *P.IVA_1*, in persona del legale rappresentante *p.t.*, con il patrocinio dell'Avv. [redacted] elettivamente domiciliata presso lo studio del procuratore, in Perugia, [redacted]

APPELLANTE

Contro

Controparte_1 (C.F. *C.F._1*, *Controparte_2* (C.F. *C.F._2*) e *Controparte_3* (C.F. *C.F._3*, con il patrocinio dell'avv. [redacted] elettivamente domiciliate presso l'indirizzo di posta elettronica certificata del procuratore, *Email_1*

APPELLATE

Avente ad **OGGETTO:** "Responsabilità professionale"

CONCLUSIONI DELLE PARTI: come in atti

RAGIONI IN FATTO E IN DIRITTO DELLA DECISIONE

1. Con atto di citazione in appello ritualmente notificato l *[...]* *Parte_1* ha proposto impugnazione avverso la sentenza n. 932/2023, emessa dal Tribunale di Terni, in composizione monocratica, in data 14.12.2023, pubblicata il 28.12.2023, nei giudizi civili riuniti con n. r. g. 1996/2019 e 1798/2020, con la quale era stata accolta la domanda di risarcimento del danno *iure proprio* e *iure hereditatis* proposta dalle attrici, *Controparte_1* *Controparte_2* e *Controparte_3* rispettivamente in qualità di moglie e figlie del Sig.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-159

Parte_2 in ragione del [redacted] a seguito di *shock* settico.

2. L'appellante ha proposto appello mediante atto al quale si fa integrale rinvio, dolendosi: 1) dell'erronea adesione alle risultanze della C.T.U. medico-legale espletata nel primo grado di giudizio e del conseguente erroneo accertamento del nesso di causalità materiale fra l'omessa tempestiva diagnosi e cura dell'infezione del sito chirurgico manifestata nell'immediato postoperatorio e lo shock settico che ha condotto a decesso il paziente, benché asseritamente confutate dalla perizia svolta su incarico del G.I.P., dal dott. Persona_1 nonché dalle osservazioni alla C.T.U. rassegnate dai Consulenti tecnici di parte convenuta, Prof. Persona_2 specialista in Malattie Infettive, e dott. Persona_3 specialista in medicina legale; 2) dell'erronea liquidazione del danno terminale e del danno da perdita del rapporto parentale, altresì domandando la rinnovazione della C.T.U. medico-legale.

In data 12.09.2024 si sono costituite le appellate, mediante comparsa di costituzione e risposta in appello alla quale si fa integrale rinvio, contestando integralmente le doglianze dell'appellante

3. Con ordinanza del 02.10.2024 la Corte ha accolto parzialmente l'istanza di sospensione della provvisoria esecutività della sentenza di primo grado. Con ordinanza del 14.10.2024 il Consigliere istruttore ha rigettato le istanze di rinnovo della C.T.U. medico-legale e con ordinanza del 16.04.2026 ha rimesso la causa al Collegio per la decisione.

4. Preliminarmente, deve rigettarsi l'eccezione di inammissibilità dell'appello ai sensi degli artt. 348-*bis* c.p.c. L'appello è parzialmente fondato e deve essere accolto, limitatamente all'erronea liquidazione del danno da perdita del rapporto parentale.

Il primo motivo d'impugnazione, a mente del quale l'appellante si duole dell'erronea adesione alle risultanze della C.T.U. medico-legale espletata nel primo grado di giudizio e del conseguente erroneo accertamento del nesso di causalità materiale fra l'omessa tempestiva diagnosi e cura dell'infezione del sito chirurgico manifestata nell'immediato postoperatorio e lo shock settico che ha condotto a decesso il paziente, benché confutate dalla perizia svolta su incarico del G.I.P., dal dott. Persona_1 nonché dalle osservazioni alla C.T.U. rassegnate dai Consulenti tecnici di parte convenuta, Prof. Persona_2 specialista in Malattie Infettive, e dott. Persona_3 specialista in medicina legale,

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-159

allegate alla comparsa conclusionale e reiterate nel corpo dell'atto di appello, è infondato e deve essere rigettato.

Fermo il principio *iudex peritus peritorum* vigente nel nostro ordinamento (*ex multis*, Cassazione civile, sez. II, 20/03/2017, n. 7086), il Giudice di prime cure ha correttamente aderito alle risultanze della C.T.U. medico-legale espletata dal Collegio peritale nominato nel giudizio di primo grado - composto dal prof. *Persona_4* medico specialista in Medicina Legale e delle Assicurazioni, e dal dott. *Persona_5* medico specialista in Malattie Infettive - che devono essere integralmente condivise in ragione della puntualità della dissertazione, della correttezza logico-giuridica, della concludenza ed aderenza al complessivo tenore delle risultanze istruttorie delle conclusioni rassegnate, della minuziosa analisi della documentazione clinica in atti e degli esiti dell'esame anatomo-patologico nonché dell'esteso richiamo e della conseguente valutazione delle Consulente tecniche medico-legali svolte in sede penale, e segnatamente, dell'elaborato peritale del C.T.P.M., dott. *Persona_6* dell'integrazione svolta dal C.T.P.M., dott. *Persona_7* specialista in Medicina Legale, nonché della ulteriore perizia svolta dal Consulente tecnico del G.I.P., dott. *Persona_1* tutti specialisti in Medicina Legale. Ne consegue il rigetto delle istanze di rinnovo della C.T.U. medico-legale.

4.1 In particolare, dopo aver puntualmente richiamato i predetti elaborati peritali ed il lungo e complesso *iter* clinico del paziente, come risultante dalle cartelle cliniche acquisite agli atti del giudizio (pagg. 26-41 dell'elaborato peritale, da intendersi ivi integralmente richiamate), i CC.TT.UU., premesso che in data 01.10.2009 il paziente, Sig. *Parte_2 […]*, veniva sottoposto ad "*intervento di ablazione della fibrillazione atriale mediante "Maze" sx bipolare, chiusura dell'auricola sx, riparazione mitralica mediante creazione di doppio orifizio centrale (edge to edge sec. tecnica di Alfieri), anuloplastica con ring protesico St. Jude "Saddle Ring" n° 30 e rivascolarizzazione miocardica*", hanno osservato che "*per ciò che concerne la indicazione all'intervento cardiochirurgico, stanti le numerose problematiche che il Signor* *Parte_2 […]* *già presentava da lungo tempo, date le emergenze degli esami strumentali espletati e presenti in atti, non riteniamo, per quanto di nostra competenza, che sussistessero reali problemi ostativi, anche in considerazione del fatto che i segni refertati dalla RX torace*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-159

preoperatoria, che mostrava una accentuazione della trama broncovasale, erano riferibili, con tutta probabilità, a problematiche di tipo broncopneumopatico cronico, senza che si evidenziassero acuzie ostative all'intervento ed alla relativa procedura anestesiologica o che dovessero suggerire il rinvio dello stesso. Dunque, si può affermare che al momento dell'intervento il precedente episodio polmonitico fosse superato, non presentando il paziente segni e sintomi di polmonite. Le indagini di laboratorio e strumentali non erano indicative di infezione in atto". Tanto premesso circa la corretta indicazione all'intervento cardiochirurgico, i Consulenti hanno osservato che "*Sotto il profilo infettivologico, invece, non vi è alcun dubbio che il primum movens di tutti gli eventi che vennero a caratterizzare la storia del signor* Parte_2 *debba essere individuato in una infezione della ferita chirurgica, ma anche dei tessuti sottostanti, insorta precocemente dopo l'intervento cardiochirurgico espletato in data 1.10.2009 presso l* Parte_1 *Nel prosieguo dell'assistenza comparvero, spesso sovrapponendosi, diverse infezioni, sostenute da una flora mutevole, con diverse sensibilità agli antibiotici e con sede polidistrettuale: infezioni polmonari, urinarie, intestinali. Pare opportuno evidenziare, sin da ora, che la causa ultima del decesso deve essere individuata in una sepsi insorta probabilmente come complicanza di una infezione addominale non controllata dalla terapia antibiotica. All'autopsia, l'infezione della ferita e dei tessuti circostanti non era più evidente mentre permanevano segni di polmonite. Tale polmonite non aveva alcun rapporto con la polmonite patita dal paziente prima dell'ingresso in Ospedale a* Pt_1 *essendo invece insorta successivamente in esito alle complicanze infettivologiche del caso. Possiamo ripercorrere il lungo e complesso iter clinico del paziente come segue, evidenziando la gestione dei sanitari che avevano in cura il Signor* Parte_2 *Il paziente, dopo l'intervento cardiochirurgico dell'1.10.2019, ha manifestato segni e sintomi di una infezione della ferita sternotomica e dei tessuti sottostanti. Sotto il profilo della prevenzione delle infezioni ospedaliere e in primo luogo di quelle del sito chirurgico (surgical site infection, SSI), sono due i passaggi fondamentali che la convenuta deve provare per potersi ritenere che l'infezione verificatasi non sia da attribuire a responsabilità organizzativa della struttura per mancata applicazione di presidi di profilassi: 1. L'avvenuta profilassi antibiotica perioperatoria, ovvero la somministrazione di un antibiotico efficace secondo linee guida,*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-159

30 minuti prima della incisione cutanea, direttamente in sala operatoria; 2. L'avvenuta applicazione delle norme di profilassi previste nel momento storico in cui i fatti vennero a verificarsi. La convenuta CP_4 *nella documentazione depositata in atti, nulla attesta a proposito del punto 2. A proposito del punto 1) la cartella anestesiologica è sostanzialmente illeggibile e nulla si sa della profilassi antibiotica, se fu somministrata correttamente, in che tempi e con quale posologia. Tali questioni appaiono di fondamentale rilievo per ciò che concerne la responsabilità nel determinismo della infezione che, allo stato attuale, deve addebitarsi alla convenuta* CP_4 *per censurabili condotte consistite in una mancata profilassi".* Accertata, dunque, l'ascrivibilità dell'infezione purulenta della ferita sternotomica all'omessa adozione di protocolli idonei a contenere il rischio di contrazione di infezioni di origine nosocomiale nonché all'omessa somministrazione di idonea profilassi antibiotica perioperatoria, i Consulenti nominati hanno soggiunto: *"Ma vi sono poi da discutere gli aspetti relativi alla diagnosi ed alla terapia di tale infezione, una volta manifestatasi. Durante la degenza postintervento, dopo una breve degenza presso la rianimazione nell'immediato post-operatorio, iniziarono a verificarsi problematiche infettivologiche con puntate febbrili. In particolare, come risulta dalla diaria infermieristica del 06.10.2009 in tale data il paziente presentava brivido scuotente e picco febbrile 38°C, per cui veniva immediatamente prelevata emocoltura. La diuresi era contratta. Veniva somministrata mezza fiala di* Pt_3 *alle ore 23:00. In data 7.10.2009 veniva somministrato ancora Ceftriaxone, 2000 mg ev. La risposta della emocoltura del 6.10.2009 evidenziava positività per Stafilococco lugdunensis, resistente alla meticillina e sensibile a vanco, teico, tetra, linezolid, fosfo e rifadin; era presente leucocitosi gb 14850 N 80,8. Il germe individuato, stante la sua meticillino-resistenza, era uno di quelli maggiormente coinvolti nelle infezioni ospedaliere. In data 11.10.2009 veniva instaurata terapia con Bactrim e Teicoplanina. Il 12.10.2009 veniva chiesta consulenza infettivologica e questa poneva indicazione ad un prolungamento della terapia antibiotica per 4 settimane. Il 14.10.2019 avveniva il trasferimento ad* [redacted] *In questa prima fase dell'iter clinico a* Pt_1 *, dunque, la ferita chirurgica, che presentava segni di infezione, non è stata adeguatamente rilevata dal punto di vista diagnostico e l'approccio alla stessa deve necessariamente giudicarsi carente da parte dei sanitari di* Pt_1 *essendo tale problematica presente*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-159

in modo evidente subito dopo il trasferimento ad [redacted] *Tale dimissione, in corso di infezione, prima di attuare un corretto protocollo diagnostico per l'esame della ferita chirurgica infetta e con in corso una terapia non idonea (vedi dopo), deve ritenersi imprudente, anche perché il trasferimento avvenne verso una struttura a minore intensità di cure e quindi o ancora meno adeguata per il seguito di una problematica complessa come quella che si era andata manifestando. Il 14.10.2019, appena dopo l'ingresso ad* [redacted] *lo specialista chirurgo interpellato diagnosticava una infezione purulenta della ferita sternotomica, con evidenza di una raccolta corpuscolare sottofasciale. Ciò rende evidente come lo stato della ferita chirurgica e dei tessuti sottostanti fosse evidentemente il medesimo (ma non correttamente evidenziato e sottoposto ad indagini) anche a* Pt_1 *prima del trasferimento. La terapia antibiotica instaurata a* Pt_1 *, sopra citata, non è esente da critiche per i modi ed i tempi con cui è stata portata avanti, non sempre in accordo con le indicazioni degli antibiogrammi e tardivamente modificata, malgrado la persistenza delle infezioni. La terapia antibiotica appropriata fu iniziata a* Pt_1 *con imprudente ritardo, soltanto il giorno 11.10.2019, dopo 5 giorni dall'insorgenza della febbre. Per tale problematica, secondo buone prassi, si sarebbe dovuta porre in essere, sin da subito, una terapia empirica efficace sui gram positivi e sui gram negativi, come, ad esempio, l'associazione Vancocina/Merrem. Tale terapia empirica avrebbe poi dovuto essere modificata sulle risultanze dell'antibiogramma. La causa e l'origine della febbre, sostenuta da una batteriemia, non fu per nulla indagata. Infatti non vennero effettuate indagini strumentali idonee a ricercare la motivazione di tale rialzo febbrile, come una TAC polmonare. L'inadeguatezza delle cure instaurate a* Pt_1 *ha cagionato la diffusione metastatica degli stafilococchi all'apparato respiratorio, provocando una polmonite classica nodulare, protratta a lungo e probabilmente mai completamente guarita, tanto da essere presente nei controlli radiografici successivi e nei reperti autoptici. Infatti, già prima del trasferimento ad* [redacted] *in data 14.10.2019, il paziente presentava tosse con espettorato, che veniva esaminato e che restituiva, quale esito della coltura, una positività per stafilococco MR, con antibiogramma del tutto sovrapponibile allo stafilococco lugdunensis isolato dal sangue. Nel contempo, si sono manifestate precocemente alterazioni dei dati di laboratorio, indicanti una possibile infezione addominale, poi manifestatasi compiutamente con sintomi*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-159

e segni rilevati alle indagini strumentali svolte. Finalmente, dopo l'inizio di una terapia piu efficace con Parte_4 *e* Pt_5 *le manifestazioni delle infezioni apparentemente si attenuavano, anche se non vi è prova, per mancanza di esami specifici in proposito, che possano attestare la eradicazione dei germi coinvolti. Ricordiamo, infatti, come sia possibile, in situazioni simili, che l'infezione, non eradicata, si mantenga latente, per poi manifestarsi nuovamente in un tempo successivo, ma senza che sia stata mai effettivamente risolta. Dal 14 al 22 ottobre il paziente era ricoverato ad* [redacted] *presso il reparto di cardiologia, senza che la febbre mostrasse alcun miglioramento. La terapia antibiotica fu modificata in data 19.10.2019, su indicazione del nefrologo, in modo adeguato, con Targosid e Tazocin. Il giorno 20 una emocoltura prelevata il 16.10 risultava positiva per S. equorum, uno stafilococco coagulasi negativo differente dal lugdunensis, ma sempre resistente al Tazobactam. Il giorno 21, continuando la febbre, comparivano feci diarroiche e si introduceva il metronidazolo. Finalmente, ad* [redacted] *veniva effettuata, il giorno 21, una TAC del torace, che evidenziava segni indicativi di due gravi infezioni ascrivibili a stafilococchi: una infezione dei tessuti retrosternali e una polmonite bilaterale nodulare; nel mediastino anteriore si evidenziavano una piccola raccolta in continuità con la sternotomia ed una formazione nodulare nel contesto adiposo mediastinico. Il 22.10 il paziente veniva nuovamente trasferito a* Pt_1 *con diagnosi di sepsi (emocoltura positiva per S. equorum) e polmonite nodulare bilaterale. Il 24.10 si prendeva atto che la terapia antibiotica non funziona e l'infettivologo consigliava di sostituire il Tazocin con la tigeciclina. Il 26.10 le condizioni peggioravano ed il paziente era trasferito in rianimazione per insufficienza respiratoria; veniva effettuato un broncolavaggio alveolare con coltura positiva per uno MRSE, resistente al bactrim e alle tetracicline e per Candida. Il 27.10 altro trasferimento in UTIC per soli due giorni, con rientro in rianimazione per un quinto passaggio, sempre con febbre ed emocoltura positiva, questa volta per Acinetobacter Baumanii sensibile a Bactrim e per Candida. Il 30.10 il consulente infettivologo sospendeva la tigeciclina ed il metronidazolo, stante il fallimento della associazione, e poneva diagnosi di shock settico; si iniziava nuova associazione di Bactrim, Rifadin e* CP_5 *Il 31.10 la PCR era di 29,4; il giorno 1.11 arrivava la risposta del broncolavaggio, positiva per S. emolitico, ed un RX torace a letto mostrava*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-159

addensamenti polmonari bilaterali. Il 3.11 una TAC del torace evidenziava noduli bilaterali polmonari con una bronchiolite infettiva con BAL positivo per MRSE. Inoltre, una TAC dell'addome evidenziava segni di una infezione addominale, con falde di versamento periepatico e perisplenico. Lo stato infettivo era fuori controllo permaneva la febbre; la PCR rimaneva elevata; si sospendeva la terapia con Bactrim e Rifadin. Il 4.11 una emocoltura era positiva per Persona_8 *In data 8.11 continuava la febbre e si iniziava una nuova terapia antibiotica con Tazocin e* Parte_4 *Il giorno 9.11 si evidenziavano elevati valori della fosfatasi alcalina (970), indicatori, tra l'altro, di possibile infezione o stasi biliare, a conferma della più che probabile presenza anche di una infezione addominale (come la TAC del giorno 3.11 aveva già evidenziato). Da quel momento fino al giorno 30.11 la situazione clinica rimaneva pressoché invariata, a dimostrazione che le infezioni non erano affatto sotto controllo. Febbre, valori elevati di PCR, valori elevati di fosfatasi alcalina, numerosi controlli strumentali tecnicamente discutibili (toraci a letto del paziente senza ripetere TAC torace, che comunque confermavano la presenza di addensamenti polmonari). Il giorno 19.11 si legge in cartella, dopo una consulenza infettivologica telefonica (!?) "si sospende il Tazocin, farmaco non efficace sulla base degli antibiogrammi e si introduce il meropenem…". Il giorno 28.11, forse per un temporaneo miglioramento clinico, si sospendeva frettolosamente il* CP_5 *che pure aveva portato un qualche giovamento e si lasciava il solo* Parte_4 *, attivo soltanto sui germi gram positivi. Il giorno 30.11 avveniva l'ennesimo trasferimento in cardiochirurgia (sesto trasferimento). In data 1.12 un esame colturale dell'escreato era positivo per S Aureus ed era presente febbre (38°C) ed al torace a letto persisteva ipodiafania parenchimale. Il 2.12 una consulenza infettivologica annotava che "alla sospensione della terapia con* Pt_5 *riprende la febbre" e poneva indicazione a reiniziare l'associazione Linezolid/Meropenem; i globuli bianchi erano elevati, 17730, con neutorfilia all'84,4%. Il 9.12, ancora in modo frettoloso, si procedeva alla sospensione del* CP_5 *sostituito da* CP_6 *per os, che tuttavia veniva sospeso il 14 per intolleranza gastrica, con scelta imprudente di continuare con il solo* Parte_4 *Il 16.12 avveniva il settimo trasferimento del Signor* Parte_2 *con ritorno ad* [redacted] *in condizioni migliorate, ma con un vasto decubito sacrale e senza alcuna documentazione strumentale che dimostri il superamento dell'infezione addominale e polmonare, se si eccettua il*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-159

torace, che risultava normale il giorno 11. Il giorno 17, appena un giorno dopo il trasferimento, si registrava leucocitosi (17420 GB), con valori elevati di fosfatasi alcalina (425) e di PCR (2,97). Il 18 si registrava una nuova infezione a carico delle vie urinarie, con sintomi (stranguria) ed urinocoltura positiva per Klebsiella. Il 20.12 si registrava la presenza di diarrea e si ricercava il Clostridium nelle feci, ma si legge in cartella che il "figlio riferisce che il paziente da diverso tempo presenta evacuazioni di feci tendenzialmente diarroiche…(da almeno 10-15 giorni)…". Si iniziava metronidazolo, con l'intenzione di curare una non dimostrata superinfezione da Clostridium. Da molti giorni erano manifesti segni di una radicata e persistente infezione addominale, forse rispondente alla terapia con CP_5 *, purtroppo sospeso in due occasioni. Il giorno 21.12 esplodeva drammaticamente l'infezione addominale, compariva un addome teso, dolente alla palpazione, dolorabile in ipocobndrio destro ed una radiografia urgente dell'addome mostrava livelli idroaerei del colon. Il giorno seguente il paziente moriva con un grave stato settico ed insufficienza multiorgano (creatinina 6,12). Dunque, vi è un filo conduttore comune nelle vicende cliniche sopra narrate, patite dal Signor* Parte_2 *, rappresentato dall'insorgenza di infezioni in diversi organi ed apparati, tra loro concatenate, non presenti al momento del primo ricovero ed insorte per responsabilità della struttura ospedaliera di* Pt_1 *, a partire dal primum movens della infezione della ferita chirurgica in sede sternale, non adeguatamente diagnosticata e curata. Tutti i dati obbiettivi, i dati di laboratorio, le indagini strumentali citate dimostrano che la degenza del paziente nei vari reparti è stata caratterizzata dalla presenza di infezioni multiple con batteriemie, polmoniti, infezioni addominali e delle vie urinarie, curate dai sanitari di* Pt_1 *in modo inadeguato, con farmaci inefficaci sui diversi staffilococchi isolati, con copertura soltanto periodica per i germi gran negativi responsabili sicuramente dell'infezione delle vie urinarie e di quella addominale. Le terapie, evidentemente inadeguate, sono state mantenute per lunghi periodi e le modifiche apportate hanno portato fugaci e transitori miglioramenti. L'autopsia, del resto, ha evidenziato che l'infezione della ferita e del grasso mediastinico era stata infine curata, probabilmente con l'introduzione del linezolid, attivo su tutti ceppi di stafilococchi isolati, mentre si riportano dati suggestivi per la persistenza della polmonite nodulare e per l'infezione addominale, che la*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-159

loro origine riconoscevano in una successiva disseminazione della originaria infezione e che erano la assai probabile causa del decesso per sepsi". Accertata, dunque, l'origine nosocomiale dell'infezione batterica, la tardiva diagnosi e l'erroneo trattamento terapeutico delle molteplici infezioni batteriche sistemiche ad essa conseguite, i Consulenti nominati hanno validamente concluso: *"Riteniamo che l'intervento cardiochirurgico posto in essere fosse indicato e che non vi fossero condizioni ostative alla esecuzione dello stesso. La infezione che venne a manifestarsi, nell'immediato postoperatorio, a carico della ferita chirurgica sternotomica, deve essere considerata come cagionata da mancata profilassi, stante la assenza di attestazioni della adeguata prevenzione delle infezioni ospedaliere da parte dell'azienda convenuta e la scarsa comprensibilità della cartella anestesiologica relativa all'intervento dell'1.10.2019, che impedisce di comprendere se la profilassi farmacologica antibiotica perioperatoria prevista dalle linee guida sia stata effettuata ed in modo congruo e tempestivo. Tale infezione, fu approcciata dai sanitari di* Pt_1 *in modo inadeguato ed intempestivo, sia sotto il profilo diagnostico (mancanza esami colturali), sia sotto il profilo terapeutico (terapia tardiva ed inizialmente del tutto incongrua). La decisione di trasferire il paziente presso luogo di minore intensità di cure con una grave infezione nosocomiale in corso fu imprudente, esponendo il Signor* Parte_2 *ad ulteriori gravi rischi quoad vitam. Descritta quindi la patologia da cui era affetto il paziente al momento del ricovero, la natura e le cause delle infezioni contratte nel post-operatorio (secondo prospettazione attorea), dicano quale siano state le cause del suo decesso e siano o meno ascrivibili alla condotta dei sanitari dell'Azienda convenuta considerate le leges artis e i protocolli medici del caso (dandone riscontro anche per estratto nella relazione). In caso di omissioni si dicano quali dovevano essere le condotte alternative corrette. L'infezione della ferita sternotomica, cagionata dalle condotte omissive sopra riportate, non correttamente approcciata, determinava diffusione di germi verso altri organi ed apparati e sovrapposizione di ulteriori problematiche infettivologiche. In particolare, i focolai a livello polmonare non cessavano mai, sino al decesso e si determinava una problematica infettivologica anche a livello addominale. Tali ulteriori problematiche determinavano uno stato settico ed, infine, il decesso del paziente, con un continuum logico, cronologico e fenomenologico che emerge*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-159

chiaramente dagli atti esaminati, così che è possibile evidenziare un filo conduttore tra la originaria infezione, imputabile a responsabilità dei sanitari della convenuta CP_4 *, le ulteriori problematiche infettive manifestatesi ed il decesso, senza che nessuna ulteriore problematica patologica abbia interrotto tale nesso di causalità materiale. Per la specifica individuazione delle condotte censurabili in capo alla* CP_4 *e per la relativa controfattualità, si rinvia all'esteso testo sopra redatto. […] Non erano presenti problemi tecnici di speciale complessità ex art. 2236 CC. Essendo il paziente sempre in stato di malattia acuta, non vennero a stabilizzarsi mai esiti permanenti, sino al decesso".*

4.2 Le conclusioni rassegnate dai Consulenti nominati nel primo grado di giudizio risultano, inoltre, ampiamente corroborate dalle concordi valutazioni dei Consulenti nominati nel procedimento ex art. 696-*bis* c.p.c., Prof. Persona_9 specialista in Medicina Legale, e dott. Persona_10 specialista in Malattie Infettive e Immunoematologia Trasfusionale, i quali hanno ritenuto che: "*Da quanto sopra esposto appare evidente come le continue infezioni batteriche, di chiara origine nosocomiale e correlate all'assistenza, hanno compromesso il decorso postoperatorio del sig.* Parte_2 *aggravando le condizioni generali fino a provocarne il decesso per shock settico. Infatti, bisogna sottolineare che già dopo pochi giorni dall'intervento chirurgico (emocolture predisposte il 6 ottobre per stato febbrile °C 38 con brivido scuotente) si riscontrava la positività per Staphylococcus Lugdunensis e, dopo quindici giorni, emocolture positive per Candida albicans e Staphylococcus equorum; inoltre, riscontro di positività per Candida albicans dall'esame colturale dell'espettorato (prelievi predispoti il 16 ottobre). Anche l'esame Rx del torace, effettuato il 17 ottobre documentava un processo infiammatorio polmonare (Falda di versamento pleurico a destra, con disventilazione del parenchima polmonare adiacente. Tenue velatura del parenchima basale di sinistra, per verosimile falda di versamento pleurico sinistro). Per quanto riguarda l'intervento chirurgico, in base alla documentazione sanitaria esaminata, riteniamo che sarebbe stato indispensabile un approccio più cautelativo con ulteriori e ripetute indagini per valutare l'effettiva e completa risoluzione del problema polmonare (pregressa polmonite in via di risoluzione con persistenza di episodi di emoftoe...Reperto compatibile con polmonite in via di organizzazione), anche perché la patologia cardiaca, per quanto grave, era stabilizzata da anni e non vi erano indicazioni di*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-159

urgenza immediata all'intervento. Inspiegabili risultano anche i continui trasferimenti tra gli ospedali di Pt_1 *e* [redacted] *di fronte ad un paziente anziano con importanti patologie di base (cardio-polmonari), complicate da ripetute infezioni correlate all'assistenza. Sarebbe stato più prudente continuare l'assistenza nello ospedale di* Pt_1 *per monitorare giornalmente l'evoluzione delle patologie infettive cercando di evitare la diffusione sistemica come poi è avvenuto. Soprattutto con riferimento al primo trasferimento* [redacted] *di* [redacted] *(14 al 22 ottobre 2009), bisogna sottolineare come i sanitari* [redacted] *di Terni abbiano completamente sottovalutato la componente infettiva; infatti, come risulta dall'anamnesi di accettazione il paziente presentava già uno "stato febbrile e ferita sternale con secrezione purulenta". In conclusione, le infezioni di chiara origine nosocomiale (correlate all'assistenza), contratte durante la degenza presso l'Ospedale* [redacted] *di* Pt_1 *risultano essere la causa determinante del* [redacted] *per shock settico. Tuttavia si sottolinea come il Sig.* Parte_2 *risultava essere un Pz. affetto da un complesso patologico di consistente gravità (CM dilatativa, fibrillazione atriale, PMK, insufficienza mitralica di grado severo, BPCO, IRC); la valutazione di tale quadro patologico, preesistente, può essere orientativamente valutato in una misura tra il 50/55 %. Al riguardo risulta evidente che l* Controparte_7 *non ha posto in essere tutti gli accorgimenti finalizzati alla prevenzione delle i infezioni correlate all'assistenza. Infatti, come riportato nelle pagine precedenti, in caso di infezioni correlate all'assistenza (ICA) le* Controparte_8 *e/o strutture sanitarie private devono fornire prova di non aver omesso vigilanza e controllo ovvero di aver adempiuto ad adeguata organizzazione e sorveglianza nelle necessarie procedure preventive come previsto dalle citate normative. Le infezioni ospedaliere sono quasi sempre dovute ad errori, spesso sottovalutati, nelle pratiche assistenziali e sono quindi molto spesso prevenibili".*

4.3 Tanto premesso, l'appellante asserisce che il Giudice di prime cure ha erroneamente aderito alle conclusioni rassegnate dai Consulenti nominati nel giudizio di primo grado, sebbene queste siano confutate dalle discordi valutazione del Consulente tecnico del G.I.P., dott. Persona_1 specialista in Medicina Legale, il quale, pur evidenziando molteplici imprudenze nella gestione clinica del paziente e relativamente alla sua precoce dimissione dall'Ospedale di Pt_1 in data 14.10.2009 ed alla

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-159

difettosa descrizione della condizione clinica del paziente in tale occasione, ha, al contrario, escluso il nesso di causalità materiali fra tali condotte ed il decesso del paziente, ascrivendolo ad una complicanza infettiva sopravvenuta di rapida evoluzione infausta. Tali conclusioni non possono, tuttavia, essere condivise in quanto improntate al differente criterio di accertamento della responsabilità nell'ambito del giudizio penale, - che, in considerazione del coinvolgimento della libertà personale dell'individuo, impone l'accertamento della colpevolezza dell'imputato *"al di là di ogni ragionevole dubbio"*-, diversamente dal giudizio civile, - che, in forza delle ricadute eminentemente patrimoniali dell'eventuale statuizione di condanna, impone l'accertamento della responsabilità, contrattuale ovvero extracontrattuale, secondo la più tenue regola del *"più probabile che non"*. Nel merito, inoltre, le conclusioni rassegnate dal Consulente nominato dal G.I.P. risultano ampiamente superate dalle puntuali censure all'operato dei sanitari dell *CP_4* individuate dai Consulenti nominati nel giudizio di primo grado, i quali hanno ampiamente motivato l'accertata correlazione fra la tardiva diagnosi e cura della ferita sternotomica purulenta postchirurgica e dei tessuti sottostanti e le continue infezioni batteriche che, all'esito di lungo e travagliato *iter* clinico, hanno condotto a decesso il paziente. Peraltro, il medesimo dott. *Per_1* ha affermato: *"appare doveroso evidenziare come la dimissione di un paziente con una ferita secernente materiale purulento, certamente non appare auspicabile, tanto più in malato sottoposto a chirurgia cardiaca ed affetto da patologie di base che ne minano la condizione"*. Infine, il dott. *Per_1* ha escluso il nesso causale fra la condotta dei sanitari dell *CP_4* ed il decesso del paziente sull'assunto per cui le condizioni settiche del paziente sarebbero andate in contro a progressivo miglioramento per poi subire un nuovo, autonomo e indipendente peggioramento, escludendo la responsabilità dei sanitari unicamente in ragione dell'omesso tempestivo trattamento rianimatorio in prossimità della morte. Tali valutazioni risultano ampiamente confutate dall'accertamento compiuto dai Consulenti nominati, i quali hanno esaustivamente evidenziato che, nonostante l'intermittente ed apparente miglioramento delle condizioni di salute del paziente, le infezioni, polmonare e addominale, non erano affatto sotto controllo e che, in ragione della loro intempestiva diagnosi e cura, hanno condotto a decesso il paziente.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-159

Da ultimo, giova evidenziarsi che anche i periti incaricati dal Pubblico Ministero, hanno accertato molteplici condotte negligenti ascrivibili ai sanitari dell CP_4 In particolare, il dott. Persona_6 pur escludendo il nesso di causalità materiale fra il decesso e la condotta dei sanitari, ha ritenuto *La condotta tenuta dai sanitari "non esente da dubbi"*, mentre il dott. Persona_7 nominato in sede di integrazione dal Pubblico Ministero, ha ritenuto che "*1) Le cause primarie ed ultime dell'evento morte ed i mezzi che ebbero a produrla s'individuano rispettivamente in: un'infezione, anche a localizzazione polmonare, persistente ed evolutasi nel tempo in uno stato settico ed un'insufficienza renale acuta da necrosi tubulare acuta in nefrangiosclerosi, cui coesisteva organicamente una broncopolmonite inquadrata in una situazione di Adult Distress Respiratory Syndrome, modalmente riconducibili ad evoluzione clinica post-operatoria. 2) La condotta (omissiva) della sera del 20.12.2009 è risultata non congrua con le necessità del paziente; 3) Sussiste nesso eziologico tra l'eventuale condotta omissiva e l'evento morte, specificandosi che non altrettanto può affermarsi, con la dovuta probabilità logica e credibilità razionale, circa una sostanziale sopravvivenza; 4) Non risultano sussistere fattori causali alternativi di interferenza sull'evento morte; 5) Ove posta in essere la condotta dovuta e non realizzata, l'evento morte "al di là di ogni ragionevole dubbio" sarebbe stato evitato*", con ciò accertando il nesso di causalità materiale fra le negligenti condotte dei sanitari dell CP_4 ed il decesso del Sig. Parte_2 anche in forza del differente criterio del "*al di là di ogni ragionevole dubbio*". Le conclusioni rassegnate dai Consulenti nominati nel primo grado di giudizio devono essere, pertanto, integralmente condivise.

5. L'appellante asserisce altresì che le conclusioni dei Consulenti nominati nel primo grado di giudizio sarebbero confutate dalle osservazioni alla C.T.U. rassegnate dai Consulenti tecnici di parte convenuta, Prof. Persona_2 specialista in Malattie Infettive, e dott. Persona_3 specialista in medicina legale. Le doglianze, pur ammissibili, trattandosi di mere difese, sono infondate.

In particolare, i CC.TT.PP. hanno asserito che non sarebbe corretto desumere l'origine nosocomiale dell'infezione in ragione della mera assenza di attestazioni in cartella clinica circa l'adeguata prevenzione di infezioni ospedaliere e la scarsa comprensibilità della cartella anestesiologica relativa all'intervento del 01.10.2019 che impedisce di

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-159

comprendere se la profilassi farmacologica perioperatoria sia stata in concreto effettuata. Nondimeno, i CC.TT.UU. hanno fatto corretta applicazione del consolidato orientamento della giurisprudenza di legittimità a mente della quale, in forza del principio di vicinanza della prova, incombe sulla struttura ospedaliera l'obbligo di diligente, corretta ed esaustiva tenuta delle cartelle cliniche, di talché l'incompletezza della cartella clinica non può gravare sul paziente -desumendone l'insussistenza del nesso di causalità materiale- e costituisce, al contrario, circostanza di fatto che il giudice di merito può utilizzare per ritenere dimostrata l'esistenza di un valido nesso causale tra l'operato del medico e il danno patito dal paziente (*ex multis*, Cassazione civile sez. III - 14/11/2019, n. 29498; Cassazione civile sez. III - 23/03/2018, n. 7250; Cassazione civile sez. III - 12/06/2015, n. 12218), nonché dell'orientamento della giurisprudenza di legittimità per cui, in tema di infezioni nosocomiali, la responsabilità della struttura sanitaria non ha natura oggettiva, sicché, a fronte della prova presuntiva, gravante sul paziente, della contrazione dell'infezione in ambito ospedaliero, la struttura può fornire la prova liberatoria di aver adottato tutte le misure utili alla prevenzione delle stesse, consistente nell'indicazione: a) dei protocolli relativi alla disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione di ambienti e materiali; b) delle modalità di raccolta, lavaggio e disinfezione della biancheria; c) delle forme di smaltimento dei rifiuti solidi e dei liquami; d) delle caratteristiche della mensa e degli strumenti di distribuzione di cibi e bevande; e) delle modalità di preparazione, conservazione ed uso dei disinfettanti; f) della qualità dell'aria e degli impianti di condizionamento; g) dell'avvenuta attivazione di un sistema di sorveglianza e di notifica; h) dei criteri di controllo e di limitazione dell'accesso ai visitatori; i) delle procedure di controllo degli infortuni e della malattie del personale e delle profilassi vaccinali; j) del rapporto numerico tra personale e degenti; k) della sorveglianza basata sui dati microbiologici di laboratorio; l) della redazione di un "report" da parte delle direzioni dei reparti, da comunicarsi alle direzioni sanitarie al fine di monitorare i germi patogeni-sentinella; m) dell'orario delle effettiva esecuzione delle attività di prevenzione del rischio (Cassazione civile sez. III, 13/06/2023, n. 16900). Né la natura extracontrattuale della responsabilità invocata in relazione alla domanda di risarcimento del danno da perdita del

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-159

rapporto parentale è idonea ad alterare il suddetto riparto degli oneri probatori, soccorrendo il principio di vicinanza della prova. In tema di risarcimento dei danni subiti in conseguenza di un'infezione contratta in ambiente ospedaliero, infatti, la prova della sussistenza di tutti gli elementi costitutivi (compreso quello soggettivo) della responsabilità - nella specie di natura extracontrattuale - della struttura sanitaria, che grava sul soggetto danneggiato, può essere fornita, in ossequio al principio della vicinanza della prova, anche con il ricorso alle presunzioni semplici, in difetto di predisposizione (o anche solo di produzione in giudizio), da parte della struttura sanitaria, della documentazione relativa all'adozione di tutte le misure utili alla prevenzione del contagio (Cassazione civile , sez. III , 30/12/2024 , n. 35062). L'accertata sede di insorgenza delle infezioni batteriche, a partire dalla ferita sternotomica in fase postoperatoria, in uno con la mancata allegazione di documentazione idonea a comprovare l'effettiva adozione di tutte le misure utili alla prevenzione del contagio a cura dell *CP_4* convenuta nonché dell'effettiva somministrazione di profilassi antibiotica perioperatoria comprova, dunque, il nesso di causalità materiale fra l'omessa adozione di tutte le misure utili alla prevenzione del contagio a cura dell' *Parte_6* e l'accertata insorgenza e propagazione dell'infezione di origine nosocomiale, neppure adeguatamente trattata in epoca successiva alla sua insorgenza, sino al determinismo del decesso del paziente.

5.1 Le doglianze dell'appellante circa la presunta ascrivibilità del decesso alla immunodepressione del paziente e, non già, all'originaria infezione purulenta della ferita sternotomica non tempestivamente diagnosticata e trattata sono infondate. Preliminarmente, giova evidenziarsi l'assoluta contraddittorietà delle doglianze. In sede di ATP i Consulenti tecnici dell *CP_4* Prof. *Persona_2* e dott. *Persona_3* hanno, infatti, attribuito la causa del decesso del Sig. *Parte_2* ad uno *shock* settico da Clostridium Difficile asseritamente insorto presso [redacted] di [redacted] a ridosso del decesso del paziente. Nonostante tali allegazioni siano state esaustivamente confutate dai Consulenti nominati in A.T.P., i quali, pur accertando che il decesso del paziente è stato cagionato da *shock* settico, hanno esaustivamente spiegato che *"Dalla documentazione agli atti risulta che gli stessi sanitari* [redacted] *di* [redacted] *hanno solo formulato il sospetto di colite da C.D. (non risulta*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-159

alcun esame colturale positivo)" benché *"gli esami clinici ed autoptici non hanno documentato nessuna presenza di pseudomembrane, megacolon e/o perforazioni intestinali caratteristiche dell'infezione da CD"*, nella propria comparsa di costituzione del primo grado di giudizio la convenuta CP_4 ha ribadito che il decesso del paziente avrebbe dovuto essere ascritto a *shock* settico ascrivibile a tale presunta e non comprovata infezione da Clostridium Difficile ed allegando le C.T.P. dirette a meglio argomentare la propria tesi (all.ti 10 e 11 alla C.T.U. in A.T.P.). Solo in occasione della C.T.U. medico-legale svolta nel primo grado di giudizio, i medesimi C.T.P. dell CP_4 che avevano sino ad ora attribuito la causa del decesso allo shock settico da Clostridium Difficile, dott. Persona_3 e Prof. Persona_2 hanno mutato la propria opinione facendo verbalizzare, al contrario, che il decesso del Sig. Parte_2 non sia ascrivibile a shock settico, osservando per la prima volta che *"probabilmente il decesso deve attribuirsi ad una serie di concause in un paziente fragile a causa delle sue preesistenze"*. Ciò in ragione della guarigione della ferita sternotica in epoca anteriore al decesso e dell'insussistenza di segni di infezione da Clostridium Difficile. Ebbene, pur non potendosi ritenere la novità delle allegazioni, trattandosi di mere difese, deve senz'altro evidenziarsi l'intima contraddittorietà della tesi da ultimo sostenuta dai Consulenti tecnici di parte dell CP_4 in quanto ampiamente confutata da tutte le risultanze istruttorie, dagli esiti dell'esame anatomopatologico e dagli elaborati peritali svolti in sede penale, nel procedimento ex art. 696*bis* c.p.c. e nel giudizio di primo grado, i quali hanno tutti comprovato l'ascrivibilità del decesso del paziente a shock settico derivante dalle molteplici infezioni batteriche sofferte, mentre la perizia redatta dal C.T.P.M., Persona_7 la C.T.U. svolta in A.T.P. e quella svolta nel primo grado di giudizio hanno concordemente accertato che tali infezioni batteriche ed il conseguente *shock* settico sono ascrivibili alla negligente condotta dei sanitari dell CP_4 i quali hanno omesso di diagnosticare e trattare tempestivamente e con idonea profilassi antibiotica le molteplici infezioni sofferte dal paziente. Inoltre, la circostanza che il paziente fosse immunodepresso in epoca anteriore all'esecuzione di procedura chirurgica non risulta in alcun modo comprovata né è mai emersa nel corso dei molteplici accertamenti compiuti. Né può inopinatamente desumersi che il paziente fosse già immunodepresso in ragione delle infezioni batteriche sofferte in epoca postoperatoria ed ascrivibili ad una tardiva diagnosi e

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-159

ad una negligente gestione clinica del paziente medesimo. Peraltro, la circostanza che il paziente sia stato sottoposto ad intervento di ablazione chirurgica di fibrillazione atriale, rivascolarizzazione miocardica (AMIS-IVA), anuloplastica mitralica e creazione di doppio orifizio paracentrale e chiusura dell'auricola sinistra in elezione comprova, se del caso, che questi sia stato ritenuto pienamente idoneo ad affrontare il decorso post-operatorio correlato alla procedura chirurgica espletata dai medesimi sanitari dell *CP_4* . Infine, anche a voler ritenere l'immunodepressione del paziente, ciò varrebbe a qualificare le molteplici condotte negligenti dei sanitari dell *CP_4* come gravemente imprudenti, in ragione dell'omessa adozione di profilassi idonea a prevenire il contagio - ordinariamente imposta per qualsiasi paziente, indipendentemente dalla sua eventuale immunodepressione-, della tardiva diagnosi dell'infezione purulenta della ferita sternotomica e delle infezioni batteriche sistemiche ad essa conseguite e della somministrazione di terapie antibiotiche inefficaci, tardive ovvero troppo repentinamente interrotte.

5.2 I CC.TT.P. asseriscono che non sussisterebbe alcun nesso causale fra l'infezione originaria della ferita postchirurgica e la successiva evoluzione infausta del paziente in quanto il Sig. *Parte_2* sarebbe stato trattato con tempestiva terapia antibiotica già a partire dal 6.10.2009. A tale riguardo, i Consulenti nominati hanno già esaustivamente chiarito che la terapia antibiotica instaurata a *Pt_1* con Bactrim e Teicoplanina in data 11.10.2009, a fronte della risposta all'emocoltura del 6.10.2009 che aveva evidenziato positività per Stafilococco lugdunensis, della elevata leucocitosi e della persistenza di infezione purulenta della ferita chirurgica *"non è esente da critiche per i modi ed i tempi con cui è stata portata avanti, non sempre in accordo con le indicazioni degli antibiogrammi e tardivamente modificata, malgrado la persistenza delle infezioni. La terapia antibiotica appropriata fu iniziata a* *Pt_1* *con imprudente ritardo, soltanto il giorno 11.10.2019, dopo 5 giorni dall'insorgenza della febbre"*, e che *"l'infezione della ferita sternotomica, cagionata dalle condotte omissive sopra riportate, non correttamente approcciata, determinava diffusione di germi verso altri organi ed apparati e sovrapposizione di ulteriori problematiche infettivologiche. In particolare, i focolai a livello polmonare non cessavano mai, sino al decesso e si determinava una problematica infettivologica anche a livello addominale. Tali ulteriori problematiche*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-159

determinavano uno stato settico ed, infine, il decesso del paziente, con un continuum logico, cronologico e fenomenologico che emerge chiaramente dagli atti esaminati, così che è possibile evidenziare un filo conduttore tra la originaria infezione, imputabile a responsabilità dei sanitari della convenuta CP_4 *, le ulteriori problematiche infettive manifestatesi ed il decesso, senza che nessuna ulteriore problematica patologica abbia interrotto tale nesso di causalità materiale".* Del pari, la circostanza che, prima del decesso del paziente, occorso a distanza di notevole lasso di tempo a partire dall'intervento chirurgico, la ferita sternotomica fosse frattanto guarita risulta assolutamente inidonea ad escludere il suddetto nesso di causalità, avendo i Consulenti nominati esaustivamente spiegato che a partire dal sito chirurgico l'infezione batterica si era frattanto propagata in via sistemica.

5.3 Infine, i CC.TT.P. asseriscono che, anche a voler ritenere la responsabilità della convenuta, potrebbe unicamente ravvisarsi un danno da perdita di *chance.* La *chance* assurge ad autonomo bene della vita suscettibile di autonomo risarcimento, qualora si configuri la perdita di una possibilità che, ancorché di carattere ontologicamente incerto ed eventuale, sia apprezzabile, seria e consistente. In tema di lesione del diritto alla salute da responsabilità sanitaria, la perdita di *chance* a carattere non patrimoniale consiste, infatti, nella privazione della possibilità di un miglior risultato sperato, incerto ed eventuale (la maggiore durata della vita o la sopportazione di minori sofferenze) conseguente, secondo gli ordinari criteri di derivazione eziologica, alla condotta colposa del sanitario ed integra evento di danno risarcibile (da liquidare in via equitativa) soltanto ove la perduta possibilità sia apprezzabile, seria e consistente (Cassazione civile, sez. III, 11/11/2019, n. 28993). D'altra parte, la perdita di chance non può neppure coesistere con l'effettiva lesione del bene salute, che presuppone che esso abbia non soltanto privato il paziente di una possibilità di cura, ma abbia concretamente inciso sullo stato di salute del paziente (Cassazione civile, sez. III, 15/02/2018, n. 3691). Come chiarito dalla Suprema Corte, se *"A) La condotta (commissiva o più spesso omissiva) colpevolmente tenuta dal sanitario ha cagionato la morte del paziente, mentre una diversa condotta (diagnosi corretta e tempestiva) ne avrebbe consentito la guarigione, alla luce dell'accertamento della disposta CTU. In tal caso l'evento (conseguenza del concorso di due cause, la malattia e la condotta*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-159

colpevole) sarà attribuibile interamente al sanitario, chiamato a rispondere del danno biologico cagionato al paziente e del danno da lesione del rapporto parentale cagionato ai familiari"; per converso, se *"E) La condotta colpevole del sanitario ha avuto, come conseguenza, un evento di danno incerto: le conclusioni della CTU risultano, cioè, espresse in termini di insanabile incertezza rispetto all'eventualità di maggior durata della vita e di minori sofferenze, ritenute soltanto possibili alla luce delle conoscenze scientifiche e delle metodologie di cura del tempo. Tale possibilità - i.e. tale incertezza eventistica (la sola che consenta di discorrere legittimamente di chance perduta) - sarà risarcibile equitativamente, alla luce di tutte le circostanze del caso, come possibilità perduta - se provato il nesso causale, secondo gli ordinari criteri civilistici tra la condotta e l'evento incerto (la possibilità perduta) - ove risultino comprovate conseguenze pregiudizievoli (ripercussioni sulla sfera non patrimoniale del paziente) che presentino la necessaria dimensione di apprezzabilità, serietà, consistenza"* (Cassazione civile sez. III, 11/11/2019, n. 28993). Qualora, dunque, l'errore medico abbia condotto ad una lesione della salute del paziente, come accertato nel caso di specie, non è lecito discorrersi di *chance* perduta quanto di lesione della salute del paziente. Tanto premesso, il primo motivo d'impugnazione è infondato e deve essere integralmente rigettato.

6. Il secondo motivo d'impugnazione è parzialmente fondato e deve essere accolto.

Le doglianze involgenti l'asserita erroneità della liquidazione del danno cd. terminale in relazione all'intera durata del periodo di ricovero, a partire dall'intervento chirurgico del 01.10.2009 e sino al decesso sono inammissibili in quanto tardivamente introdotte nella sola comparsa conclusionale nel presente grado di giudizio. Negli atti del giudizio di primo grado la convenuta *CP_4* si è limitata a contestare genericamente il difetto di prova del danno cd. terminale e ad asserirne l'intrasmissibilità *iure hereditatis*. Nell'atto di citazione in appello l'appellante ha lamentato l'erronea liquidazione del danno terminale *iure hereditatis* in difetto di opportuna motivazione circa la lucida agonia del paziente nonché per tutti gli 84 giorni del ricovero e, non già, per gli 82 giorni a partire dall'intervento chirurgico del 01.10.2009 e sino al [redacted] Solo a fronte delle puntuali contestazioni delle appellate, le quali hanno evidenziato che il primo Giudice aveva già liquidato la sola

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-159

componente biologica del danno cd. terminale, l'appellante ha contestato la liquidazione del danno biologico terminale per l'arco di tempo a partire dalla data dell'intervento chirurgico e sino al suo decesso, come invece dalla medesima richiesto nell'atto di citazione in appello. Le doglianze sono inammissibili in ragione della loro novità e, comunque, infondate. I Consulenti nominati nel primo grado di giudizio hanno, infatti, già esaustivamente chiarito che le fasi di intermittente miglioramento delle condizioni cliniche del paziente hanno avuto carattere meramente apparente, avendolo condotto a decesso senza soluzione di continuità, fermo il suo persistente ricovero ospedaliero a partire dall'intervento chirurgico e sino al suo decesso e, conseguentemente, la persistenza di invalidità transitoria totale cd. terminale.

6.1 Tanto premesso, le doglianze involgenti il vizio di omessa motivazione circa la lucida agonia del paziente nella consapevolezza della propria fine imminente sono infondate. Il Giudice di prime cure ha, infatti, correttamente liquidato la sola componente biologica del danno cd. terminale, in ossequio al consolidato indirizzo della giurisprudenza di legittimità secondo cui il danno non patrimoniale sofferto dal danneggiato in conseguenza della lesione invalidante che ne determini successivamente il decesso è risarcibile, *iure hereditatis,* nella componente biologica terminale, allorquando la persona ferita non muoia immediatamente, ma sopravviva per almeno ventiquattro ore, - tale essendo la durata minima, per convenzione legale, a fini di apprezzabilità dell'invalidità temporanea, giacché è il giorno l'unità di misura medico legale della invalidità temporanea (Cass. Civ., sez. III, sent. 5 luglio 2019, n. 18056)- e *cd.* morale catastrofale, allorquando la vittima abbia avuto coerente e lucida percezione dell'ineluttabilità della propria fine nello *spatium temporis* tra la lesione e la morte, indipendentemente dall'apprezzabilità dell'intervallo temporale intercorso tra le lesioni e il decesso (*ex multis,* Cassazione civile sez. III - 23/03/2024, n. 7923; Cassazione civile sez. III - 16/02/2023, n. 4998; Cassazione civile sez. III - 05/05/2021, n. 11719). Nel caso di specie, dunque, nel difetto di prova dello stravolgimento dell'animo sofferto dal paziente nella consapevolezza dell'ineluttabilità della propria fine, il primo Giudice ha correttamente ristorato la sola componente biologica del danno terminale, tenuto conto delle caratteristiche peculiari di questo pregiudizio, massimo nella sua entità ed intensità in quanto esitato nel decesso del paziente e,

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-159

non già, come ordinariamente accade in caso di invalidità transitoria, nel recupero funzionale del paziente ovvero nella cronicizzazione della patologia. A tal proposito, Cassazione civile sez. III, 17/12/2024, n. 33009 ha recentemente chiarito che la liquidazione del danno biologico terminale, consistente nel pregiudizio alla salute sofferto dalla vittima nel tempo intercorrente tra la lesione mortale subita e il successivo decesso causalmente legato a tale lesione, avviene necessariamente in termini equitativi ed è normalmente realizzata attraverso il richiamo a parametri di riferimento di carattere statistico, come quello costituito dalle tabelle elaborate dal Tribunale di Milano; che, nondimeno, non può essere liquidato attraverso la meccanica applicazione dei criteri contenuti nelle Tabelle di Milano in relazione al danno biologico temporaneo, in ragione della peculiarità di questo pregiudizio che, sebbene temporaneo, è massimo nella sua entità ed intensità, in quanto la lesione alla salute è di grado così elevato da non essere suscettibile di alcun recupero e da esitare nella morte; che, ordinariamente, può *"parlarsi di temporaneità di un determinato danno alla salute là dove a tale danno temporaneo faccia seguito la definitiva guarigione della vittima, ovvero la stabilizzazione di quel danno temporaneo in danno permanente, sì che l'idea della trasformazione del danno temporaneo (in guarigione o in cronicizzazione) acquista un suo preciso senso nel quadro delle prospettive di vita della vittima che, rispetto a quel tempo di sofferenza circoscritta, si apre a un futuro di riacquistata pienezza o di adattamento a nuove e diverse (peggiorate) condizioni di salute"*, mentre *"nel caso del danno biologico terminale, la temporaneità di cui si parla non ha riguardo ad alcuna prospettiva futuribile della vittima, finendo col contrassegnare la sola identità di una sofferenza che persiste immutata (se non ingravescente) senza fine e che, dal momento della provocazione della lesione mortale, accompagna ininterrottamente il sofferente sino al momento del suo decesso"*; che, conseguentemente, il giudice di merito è tenuto ad operare non solo i necessari adattamenti alle circostanze del caso concreto, ma anche a verificare la congruità dei risultati conseguiti in rapporto al carattere non meramente simbolico degli importi liquidati rispetto all'entità del pregiudizio. Tanto premesso, in modo assolutamente coerente rispetto alle indicazioni offerte dalla Suprema Corte, il primo Giudice ha provveduto alla valutazione equitativa del danno biologico terminale assumendo a parametro di riferimento le tabelle di Milano in

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-159

materia di danno *cd.* terminale, debitamente epurate delle somme astrattamente liquidabili a ristoro della componente *cd.* morale catastrofale. Infine, ferma la natura equitativa della liquidazione giudiziale del danno, anche considerando 82 giorni di invalidità in luogo degli 84 considerati dal primo Giudice, tenuto conto del fatto che il ristoro equitativamente previsto dal parametro tabellare per 82 ovvero 84 giorni diverge di appena € 505,00, che il primo Giudice ha già equitativamente dimidiato i valori massimi previsti per i primi tre giorni di invalidità transitoria terminale dal medesimo parametro, ben potendo liquidarsi una somma superiore in ragione della sola componente biologica del danno terminale (pari ad € 30.000,00), la liquidazione equitativa del danno biologico terminale compiuta dal primo Giudice deve essere integralmente confermata in quanto idonea a ristorare il pregiudizio biologico terminale sofferto dal paziente, e non oltre.

6.2 Le censure circa l'eccessiva quantificazione del punteggio attribuito al parametro e) *"qualità ed intensità della relazione affettiva"* di cui alle Tabelle di Milano in materia di liquidazione del danno non patrimoniale da perdita del rapporto parentale sono parzialmente fondate e devono essere accolte. Il danno *cd.* da perdita del rapporto parentale subito *iure proprio* dai familiari è un danno diretto che può manifestarsi in termini di sofferenza interiore ovvero di contrazione delle abitudini di vita. La perdita improvvisa di una persona fa presumere da sola, ex art. 2727 c.c., una conseguente sofferenza morale determinata dalla consapevolezza della perdita del rapporto parentale in capo ai familiari avvinti da profondo legame affettivo con la vittima (Cassazione civile, sez. VI, 25/05/2021, n. 14422). Un danno ulteriore rispetto alla sofferenza morale non può peraltro ritenersi sussistente per il solo fatto che il superstite lamenti la perdita di abitudini quotidiane, ma esige la dimostrazione di fondamentali e radicali cambiamenti dello stile di vita, che è onere dell'attore allegare e provare in modo circostanziato, non potendo risolversi in mere enunciazioni generiche, astratte o ipotetiche (cfr. Cass. n. 21060/2016; Cass. n. 169992/2015). Ferma la possibilità per la parte di fornire la prova di tale danno con ricorso alla prova presuntiva e in riferimento a quanto ragionevolmente riferibile alla realtà dei rapporti di convivenza e alla gravità delle ricadute della condotta (cfr. Cass., n. 11212/2019), spetta al giudice il compito di procedere alla verifica, sulla base delle evidenze probatorie complessivamente acquisite,

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-159

della sofferenza eventualmente patita, sul piano morale soggettivo, nel momento in cui la perdita del congiunto è percepita nel proprio vissuto interiore e di quella, viceversa, che eventualmente si sia riflessa, in termini dinamico relazionali, sui percorsi della vita quotidiana attiva del soggetto che l'ha subita.

Nel caso di specie, sin dall'atto di citazione nel giudizio di primo grado, le attrici hanno validamente allegato e provato il pregiudizio morale e dinamico-esistenziale da ciascuna sofferto in conseguenza del decesso del Sig. *Parte_2* Segnatamente, le attrici hanno allegato l'unità del nucleo familiare, l'intenso rapporto affettivo fra le stesse ed il paziente, il rapporto di stabile convivenza fra la moglie, *CP_1 [...]*, la figlia, *Controparte_2* ed il Sig. *Parte_2* – dal quale può desumersi, secondo *l'id quod plerumque accidit*, l'alterazione delle ordinarie abitudini di vita quotidiane delle familiari conviventi in seguito alla perdita del marito/padre - nonché l'assidua frequentazione del padre da parte della figlia, *Controparte_3* unitamente ai figli ed al coniuge. Le allegazioni di parte attrice sono state corroborate dalla copiosa documentazione fotografica, raffigurante la famiglia unita in più occasioni, sia durante le festività che nella vita quotidiana, nonché dalle testimonianze rese dai Sig.ri *Testimone_1* marito di *Controparte_3* e *Testimone_2* compagno di *Controparte_2* da ritenersi assolutamente attendibili in ragione della concordanza e verosimiglianza delle testimonianze rese, i quali hanno confermato che la famiglia *Parte_2* era molto unita; che la figlia *CP_2* al momento del decesso del padre, era ancora con lui convivente, unitamente alla madre, *CP_1 [...]* – circostanza incontestata e documentalmente comprovata; che la figlia *CP_3* aveva abitato con il padre finché non si era sposata con *Testimone_1* che i coniugi *Parte_2* *CP_1* avevano convissuto ininterrottamente a partire dal [redacted] e sino al decesso del *Parte_2* che, anche successivamente al proprio trasferimento, essendosi sposata, la figlia *CP_3* frequentava assiduamente la casa del padre unitamente al marito ed ai propri figli; che la famiglia trascorreva insieme tutte le principali festività; che, in occasione del ricovero del padre, le figlie si recavano quotidianamente ad assisterlo ed in particolare la figlia *CP_3*, di professione fisioterapista, gli praticava terapie per tonificare la muscolatura. Pertanto, - fermo che la perdita improvvisa di una persona fa presumere da sola, ex art. 2727 c.c., una conseguente

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-159

sofferenza morale determinata dalla consapevolezza della perdita del rapporto parentale (Cassazione civile, sez. VI, 25/05/2021, n. 14422), le attrici hanno correttamente provato il danno da perdita del rapporto parentale sofferto in conseguenza del decesso del Sig. Parte_2 nella duplice componente morale e dinamico-relazione, desumibile anche dalla pacifica convivenza fra il Sig. Parte_2 la moglie e la figlia CP_2 .

Nondimeno, avuto riguardo alla sussistenza di pregiudizi morali e dinamico-relazioni di carattere ordinario, in riferimento a quanto ragionevolmente riferibile alla realtà dei rapporti di parentela, e, non già, di uno straordinario stravolgimento delle abitudini di vita di ciascuno dei familiari considerati, la liquidazione deve essere contenuta al di sotto dei valori massimi tabellarmente previsti - ravvisabili, al contrario, allorché sia provato il massimo pregiudizio morale nonché un radicale sconvolgimento delle abitudini di vita del familiare superstite, nel caso di specie neppure allegato. In particolare, il parametro E) *"qualità ed intensità della relazione affettiva che caratterizzava lo specifico rapporto parentale perduto"* di cui alle Tabelle di Milano in materia di danno da perdita del rapporto parentale deve essere vagliato avendo riguardo alle seguenti, molteplici, circostanze di fatto: frequentazioni/contatti; condivisione delle festività/ricorrenze; condivisione di vacanze; condivisione attività lavorativa/hobby/sport; attività di assistenza sanitaria/domestica; agonia/penosità/particolare durata della malattia della vittima primaria laddove determini una maggiore sofferenza nella vittima secondaria. Ebbene, benché taluni di questi parametri possano ritenersi provati (segnatamente, la sussistenza di frequentazioni quotidiane, la condivisione delle festività, l'assistenza al padre durante la degenza ospedaliera), le attrici hanno, nondimeno, omesso di specificatamente allegare e provare la sussistenza di puntuali e circostanziate abitudini di vita condivise con il marito/padre (al di là dell'assistenza materiale ed affettiva da questi offerta alla moglie ed alle figlie) perdute in conseguenza del decesso dello stesso, con ciò comprovando di aver sofferto fondamentali e radicali cambiamenti dello stile di vita idonei a giustificare una liquidazione del parametro tabellare E) nei valori massimi, che non possono risolversi in enunciazioni generiche, astratte ovvero ipotetiche (cfr. Cass. n. 21060/2016; Cass. n. 169992/2015).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-159

Pertanto, avuto riguardo ai criteri di valutazione indicati dalla giurisprudenza di legittimità - quali l'età del danneggiato, l'età della vittima, il rapporto di parentela e la stabile convivenza del danneggiato con la vittima (Cassazione civile, sez. III, 10/11/2021, n. 33005), sui quali si fonda il *"sistema a punti"* elaborato dalle Tabelle di Milano già utilizzate dal primo Giudice -, tenuto conto del punteggio già attribuito dal Giudice di prime cure in ragione dell'età della vittima primaria e della vittima secondaria, della sussistenza di un rapporto di stabile convivenza con la moglie e la figlia *CP_2* del numero di familiari superstiti nel nucleo familiare di riferimento, contenuto il punteggio attribuibile in ragione della qualità ed intensità del rapporto affettivo perduto al di sotto del massimo tabellarmente previsto, l *[...]* *Parte_1* deve essere condannata al pagamento di: € 255.740,00 in favore della moglie, *Controparte_1* per la perdita del rapporto parentale con il marito, *Parte_2* € 222.090,00 in favore della figlia, *Controparte_3* per la perdita del rapporto parentale con il padre; € 275.930,00 in favore della figlia, *Controparte_2* per la perdita del rapporto parentale con il padre. Sulle somme, già liquidate all'attualità, devono essere calcolati gli interessi compensativi, come già calcolati dal primo Giudice, sulla somma devalutata alla data del [redacted] e progressivamente rivalutata sino alla presente sentenza, nonché gli interessi legali dalla sentenza al saldo, convertendosi il debito di valore in debito di valuta, ordinariamente soggetto al pagamento degli interessi corrispettivi di cui all'art. 1282 c.c., al momento della liquidazione.

6. Conclusivamente, l'appello è fondato e deve essere accolto limitatamente all'erronea liquidazione del danno da perdita del rapporto parentale, con particolare riguardo al parametro E) *"intensità e qualità della relazione affettiva che caratterizzava lo specifico rapporto parentale perduto".*

7. L'accoglimento dell'appello limitatamente al *quantum* e la soccombenza dell'appellante in punto di *an* giustifica la conferma della liquidazione delle spese di lite del primo grado di giudizio già disposta dal Giudice di primo grado e la compensazione delle spese di lite del presente grado di giudizio.

P.Q.M.

Respinta ogni diversa domanda, istanza ed eccezione, così decide:

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-159

Accoglie parzialmente l'appello e, per l'effetto, in riforma parziale della sentenza impugnata, n. 932/2023, emessa dal Tribunale di Terni, in composizione monocratica, in data 14.12.2023, pubblicata il 28.12.2023, nei giudizi civili riuniti con n. r. g. 1996/2019 e 1798/2020:

1. Condanna *Parte_1* al pagamento di € 255.740,00, già considerata la rivalutazione monetaria, oltre interessi compensativi come in parte motiva e interessi legali dalla pronuncia al saldo, in favore di *Controparte_1* per la perdita del rapporto parentale con il marito, *Parte_2*;
2. Condanna *Parte_1* al pagamento di € 222.090,00, già considerata la rivalutazione monetaria, oltre interessi compensativi come in parte motiva e interessi legali dalla pronuncia al saldo, in favore di *Controparte_3* per la perdita del rapporto parentale con il padre, *Parte_2*;
3. Condanna *Parte_1* al pagamento di € 275.930,00, già considerata la rivalutazione monetaria, oltre interessi compensativi come in parte motiva e interessi legali dalla pronuncia al saldo, in favore di *Controparte_2* per la perdita del rapporto parentale con il padre, *Parte_2*;
4. Compensa le spese di lite del presente grado di giudizio.

Perugia, così deciso nella camera di consiglio del 16.04.2026
Il Consigliere estensore Il Presidente
Paola de Lisio Simone Salcerini

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-159